



KARTA KWALIFIKACYJNA DO PROJEKTU

pn. „Rozwój CUS w Stawiskach”, Nr FEDP.08.04-IZ.00-0008/24 dofinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego+ w ramach programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027.

I. DANE OSOBOWE

IMIĘ I NAZWISKO			
DATA URODZENIA		WIEK	
ADRES ZAMIESZKANIA			

Czy potencjalny uczestnik zamieszkuje na terenie gminy Stawiski

☐ TAK

☐ NIE oznacza

wykluczenie z uczestnictwa

POTWIERDZENIE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW REKRUTACYJNYCH:

DLA NASTĘPUJĄCYCH ZADAŃ:

Zadanie 2 Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego i wspomagającego leczenie

Zadanie 5 Sąsiedzkie usługi opiekuńcze

Zadanie 6 Specjalistyczne usługi opiekuńcze

Zadanie 7 Pakiet pomocowy

Czy potencjalny uczestnik potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, jest w wieku powyżej 60 lat oraz spełnia, co najmniej jedno z kryteriów:

- a) samotne osoby starsze, niezdolne do samodzielnej egzystencji i wymagające do codziennego funkcjonowania pomocy innych osób, której są pozbawione pomimo wyczerpania własnych uprawnień, zasobów i możliwości;
- b) samotne osoby starsze prowadzące gospodarstwo domowe i wymagające w codziennym funkcjonowaniu pomocy innych osób, a wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości;
- c) starsze osoby zamieszkujące z rodziną i wymagające pomocy innych osób w codziennym funkcjonowaniu, w sytuacji gdy żaden z członków rodziny nie może takowej pomocy zapewnić z uzasadnionych przyczyn, przy wykorzystaniu swych uprawnień, zasobów i możliwości, spełniające co najmniej 1 z przesłanek art. 7 ustawy o pomocy społecznej.

☐ TAK

☐ NIE oznacza

wykluczenie z uczestnictwa w
Zadaniach Nr 2, 5, 6, 7



DLA NASTĘPUJĄCYCH ZADAŃ:

Zadanie 8 Reintegracja społeczno-zawodowa

Czy potencjalny uczestnik kwalifikuje się do jednej z n/w grup, z uwagi na fakt, iż wsparcie może być przyznane:

- a) osobom biernym zawodowo;
- b) osobom lub rodzinom korzystającym ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującym się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającym co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 tej ustawy;
- c) osobom, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2022 r. poz. 2241);
- d) osobom przebywającym w pieczy zastępczej lub opuszczającym pieczę zastępczą oraz rodzinom przeżywającym trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- e) osobom nieletnim, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. poz. 1700, z późn. zm.) oraz osobom nieletnim zagrożonym demoralizacją i przestępczością;
- f) osobom przebywającym i opuszczającym młodzieżowe ośrodki wychowawcze i młodzieżowe ośrodki socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. — Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900, z późn. zm.) oraz osobom opuszczającym okręgowe ośrodki wychowawcze, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich;
- g) osobom z niepełnosprawnościami;
- h) członkom gospodarstw domowych sprawującym opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- i) osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- j) osobom opuszczającym placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej;
- k) osobom w kryzysie bezdomności, dotkniętym wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonym bezdomnością;
- l) osobom odbywającym karę pozbawienia wolności, objętym dozorem elektronicznym;
- m) osobom korzystającym z programu FE PŻ;
- n) osobom należącym do społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie;
- o) osobom objętym ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę;
- p) innym osobom, rodzinom oraz środowiskom, o których mowa w pkt 7, zidentyfikowanym przez IZ RP jako zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

UWAGA: Osoby bierne zawodowo kwalifikowalne są w projekcie jedynie wówczas, gdy ich bierność spowodowana jest określonymi przesłankami, tzn. jest wynikiem niepełnosprawności, choroby lub pełnienia roli opiekuńczej.

☐ TAK

☐ NIE oznacza
wykluczenie z uczestnictwa
w Zadaniu 8

**DLA NASTĘPUJĄCYCH ZADAŃ:****Zadanie 1** Profilaktyczne zajęcia ruchowe, np. Pilates**Zadanie 3** Poradnictwo psychologiczne**Zadanie 4** Poradnictwo dietetyczne**Zadanie 9** "Białe soboty/niedziele" profilaktyka zdrowia

Czy potencjalny uczestnik spełnia, co najmniej jedno z kryteriów:

- 1) osoba starsza;
- 2) osoba z niepełnosprawnością;
- 3) osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- 4) osoba korzystająca z programu FE PŻ;
- 5) osoba zamieszkująca samotnie.

☐ TAK☐ NIE oznacza
wykluczenie z uczestnictwa
w Zadaniach 1, 3, 4 i 9**W PRZYPADKU BRAKU SPEŁNIENIA POWYŻSZYCH KRYTERIÓW NIE WYPEŁNIA SIĘ KOLEJNYCH TABEL****II. WYKLUCZENIA**Czy potencjalny uczestnik **korzysta** z wsparcia w ramach innych projektów realizowanych w Gminie Stawiski finansowanych ze środków EFS+?☐ NIE☐ TAK – jakich*Zweryfikowane przez pracownika Realizatora***III. DIAGNOZA STANU OBECNEGO****POTRZ EBA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

- ☐ np. korzystanie z telefonu,
- ☐ dotarcie do miejsc poza odległością spaceru,
- ☐ wychodzenie na zakupy,
- ☐ samodzielne przygotowanie posiłków,
- ☐ samodzielne wykonywanie prac domowych np. sprzątania,
- ☐ samodzielne majsterkowanie lub np. pranie rzeczy,
- ☐ samodzielne przygotowanie i przyjmowanie leków,
- ☐ samodzielne gospodarowanie pieniędzmi
- ☐ inne, jakie

Max 8 pkt (jeżeli wskazano 8 potrzeb)
Uwaga: Ocena potrzeby wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tylko w przypadku zadań: 2, 5, 6 i 7



SYTUACJA RODZINNA zamieszkuje samotnie/ z współmałżonkiem/ z rodziną / mieszka w sąsiedztwie rodziny tj. ta sama miejscowość	
ZAGROŻENIE SYTUACJĄ PROBLEMOWĄ ☐ zagrożony ubóstwem ☐ zagrożony bezdomnością	
ZASOBY dostęp do sieci komórkowej / telefon komórkowy	
POTRZEBY zgłaszane przez potencjalnego uczestnika	
WIĘZI SPOŁECZNE	
KRYTERIA PREMIUJĄCE	
Osoba uciekająca do Polski z terenu Ukrainy w związku z atakami Federacji Rosyjskiej na Ukrainę	☐ TAK ☐ NIE 10 pkt jeżeli TAK
Osoba z niepełnosprawnością	☐ TAK ☐ NIE 5 pkt jeżeli TAK
Osoba należąca do jednej z grupy osób: a) doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przestępstw kwalifikujących je do wsparcia w projekcie, o których mowa w pkt 1, lub spełniające więcej niż jedną przestankę określoną w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; b) o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności; c) z niepełnosprawnością sprzężoną, osoby z chorobami psychicznymi, osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10); d) korzystające z programu FE PŻ; e) opuszczające placówki opieki instytucjonalnej; f) wykluczone komunikacyjnie; g) osoby, które opuściły jednostki penitencjarne w terminie ostatnich 12 miesięcy (12 miesięcy liczone jest od dnia zwolnienia/opuszczenia jednostki penitencjarnej do dnia przystąpienia do projektu).	☐ TAK ☐ NIE 2 pkt jeżeli TAK



IV. OCENA POTRZEB

SPRAWNOŚĆ FIZYCZNA	
Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym z powiatowego zespołu orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenie KRUS/ZUS lub inne równoważne	☐ TAK ☐ NIE
Zalecenia lekarskie dotyczące pielęgnacji (w tym. np. zalecenia lekarskie, zalecenia rehabilitacyjne czy psychologiczne, dietetyczne)	☐ TAK ☐ NIE
SPRAWNOŚĆ PSYCHICZNA	
Orzeczenie o niepełnosprawności intelektualnej	☐ TAK ☐ NIE
Zaświadczenie o występowaniu zaburzenia psychicznego od lekarza ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii	☐ TAK ☐ NIE

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

Miejscowość, data	Podpis osoby kwalifikującej – weryfikującej kwalifikowalność
	Podpis uczestnika

V. Wnosi o udzielenie pomocy w formie usług:

- ☐ **Zadanie 1** Profilaktyczne zajęcia ruchowe, np. Pilates
- ☐ **Zadanie 2** Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego *(tylko w przypadku korzystania ze wsparcia w ramach zadania 5 lub 6)*
- ☐ **Zadanie 3** Poradnictwo psychologiczne
- ☐ **Zadanie 4** Poradnictwo dietetyczne
- ☐ **Zadanie 5** Sąsiedzkie usługi opiekuńcze
- ☐ **Zadanie 6** Specjalistyczne usługi opiekuńcze
- ☐ **Zadanie 7** Pakiet pomocowy *(tylko w przypadku korzystania ze wsparcia w ramach zadania 5 lub 6)*
- ☐ **Zadanie 8** Reintegracja społeczno-zawodowa
- ☐ **Zadanie 9** "Białe soboty/niedziele" profilaktyka zdrowia



PODSUMOWANIE

Uzyskana liczba punktów

Uczestnik kwalifikuje się do:

- ☐ **Zadanie 1** Profilaktyczne zajęcia ruchowe, np. Pilates
- ☐ **Zadanie 2** Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego *(tylko w przypadku korzystania ze wsparcia w ramach zadania 5 lub 6)*
- ☐ **Zadanie 3** Poradnictwo psychologiczne
- ☐ **Zadanie 4** Poradnictwo dietetyczne
- ☐ **Zadanie 5** Sąsiedzkie usługi opiekuńcze
- ☐ **Zadanie 6** Specjalistyczne usługi opiekuńcze
- ☐ **Zadanie 7** Pakiet pomocowy *(tylko w przypadku korzystania ze wsparcia w ramach zadania 5 lub 6)*
- ☐ **Zadanie 8** Reintegracja społeczno-zawodowa
- ☐ **Zadanie 9** "Białe soboty/niedziele" profilaktyka zdrowia

W przypadku **Zadania 5** – Sąsiedzkie usługi opiekuńcze – Uczestnik/Uczestniczka akceptuje opiekuna:

/uzupełnić imię i nazwisko opiekuna/.....

Miejscowość, data	Podpis osoby kwalifikującej
	Podpis uczestnika



ZAŁĄCZNIKI

Orzeczenie o niepełnosprawności z powiatowego zespołu orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenie KRUS/ZUS lub inne równoważne		☐ TAK Załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem ☐ NIE	
Zalecenia lekarskie dotyczące pielęgnacji		☐ TAK załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem ☐ NIE	
Osoba samotna		☐ TAK Załączyć zaświadczenie potwierdzające zameldowanie , pit lub kserokopie opłaty ☐ NIE	
Osoba bezrobotna		☐ TAK Załączyć zaświadczenie lub decyzję z UP potwierdzające status osoby bezrobotnej, zaświadczenie z ZUS o niefigurowaniu w ewidencji osób ☐ NIE	
Choroby*		Przyjmowane leki*	
Opieka specjalistów*			
Alergie, uczulenia*			
Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego*			
Orzeczenie o niepełnosprawności intelektualnej		☐ TAK Załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem ☐ NIE	
Zaświadczenie o występowaniu zaburzenia psychicznego od lekarza ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii		☐ TAK Załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem ☐ NIE	



Specyficzne zachowania i potrzeby	
Otwartość na realizację usług, ulubiona forma spędzania wolnego czasu, przyzwyczajenia	
KONTAKT DO OSÓB NAJBLIŻSZYCH / OPIEKUNA FAKTYCZNEGO Imię i nazwisko, adres, nr telefonu	

Miejscowość, data	Podpis osoby kwalifikującej
	Podpis uczestnika

*nieobowiązkowe